

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N° 387

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 juin 1898, à 1 heure

Par A. SAIZY

Né à Sainte-Sévère (Charente) le 14 mars 1871.

LES

TROUBLES DES ORGANES GÉNITAUX

DE LA FEMME

AU COURS DES AFFECTIONS RÉNALES

Président : M. A. LE DENTU, professeur.

*Juges : } MM. CORNIL, professeur.
REMY et ROGER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

387

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552227_0040

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

— **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 juin 1898, à 1 heure

Par A. SAIZY

Né à Sainte-Sévère (Charente) le 14 mars 1871.

LES

TROUBLES DES ORGANES GÉNITAUX

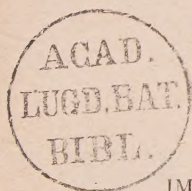
DE LA FEMME

AU COURS DES AFFECTIONS RÉNALES

Président : M. A. LE DENTU, professeur.

*Juges : } MM. CORNIL, professeur.
REMY et ROGER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1898

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Professeurs		M. BROUARDEL MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		DEBOVE.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie		TERRIER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		LABOULBENE
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale	}	POTAIN.
		JACCOUD.
Maladie des enfants		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux		
Clinique chirurgicale	}	JOFFROY.
		FOURNIER.
Clinique des maladies des voies urinaires		RAYMOND.
Clinique ophthalmologique		TILLAUX.
Clinique d'accouchements		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU
		GUYON.
		PANAS.
		N.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	RETTÉRIER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

À MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

AU DOCTEUR ALBERT HYBORD

Ancien interne lauréat des Hôpitaux

AU DOCTEUR PAUL DALCHÉ

Médecin des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris

Membre de l'Académie de médecine

Chirurgien de l'hôpital Necker

DES

TROUBLES DES ORGANES GÉNITAUX

DE LA FEMME

AU COURS DES AFFECTIONS RÉNALES

Les troubles des organes génitaux de la femme au cours des affections rénales sont peu connus, ils ont rarement fait l'objet d'une étude spéciale.

Les auteurs qui se sont occupés de gynécologie parlent des perturbations qui surviennent du côté de l'utérus et des annexes, dans les pyrexies, dans les maladies du cœur, dans celles du foie, dans les maladies nerveuses, etc., mais un grand nombre reste muet sur ces accidents dans les maladies des reins.

Cependant les rapports qui existent entre les organes génitaux et les reins sont bien connus : rapports anatomiques, innervation et vascularisation, rapports physiologiques : « Au moment où s'effectue la fluxion cataméniale, dit Becquet, les reins s'associent à cette congestion

des organes génitaux et se tuméfient. Ce fait, sans doute moins rare qu'on ne le suppose, peut-être physiologique, ne donne-t-il pas l'explication des douleurs des reins si souvent ressenties au moment des époques, surtout chez les femmes qui sont mal réglées ».

Ces relations indiquent *a priori* la possibilité d'affections utéro-rénales connexes ; et, en effet, beaucoup d'auteurs signalent l'influence pathogène des organes génitaux de la femme sur les reins, mais combien sont peu nombreux ceux qui ont renversé la proposition.

L'étude relativement récente des ptoses et du rein mobile a cependant contribué pour une large part à préciser et à faire entrer dans la clinique ces notions qui étaient restées pendant longtemps à peu près ignorées. Elles deviendront de plus en plus connues, maintenant que l'attention est attirée vers elles et qu'on les recherchera davantage.

Thiriar, dans plusieurs cas qu'il a rapportés, n'a pas hésité à faire d'un rein déplacé la seule cause des troubles génitaux qu'il a observés.

Dans sa thèse inaugurale, Walch signale cette opinion de Thiriar, ne l'admet pas complètement, mais lui fait de bien grandes concessions : « On peut affirmer, dit-il, qu'il crée un terrain favorable à l'infection, etc ».

Ch. West a reconnu et signalé le rôle que joue une affection rénale dans l'étiologie des hémorrhagies utérines : « J'ai devers moi, dit-il, trois ou quatre cas de maladie supposée de l'utérus, dans lesquels l'examen le plus attentif ne put faire découvrir aucune lésion locale capable d'expliquer la menstruation surabondante ; mais on

constata que les urines contenaient une forte proportion d'albumine. Ces faits doivent vous faire comprendre combien il est opportun d'examiner les urines, même quand aucun symptôme ne peut faire supposer l'existence d'une maladie rénale ».

Les traités classiques de gynécologie nous ont fourni bien peu de renseignements, et, dans leur chapitre étiologique des troubles des organes génitaux de la femme, la cause rénale est le plus souvent passée sous silence ; quelquefois cependant il en est fait une mention rapide, une courte allusion. Martin écrit : « Les métrorrhagies surviennent quelquefois chez les phthisiques, assez souvent aussi dans les maladies du cœur, du foie, ou des reins ».

Il nous a fallu diriger nos recherches vers les revues et les journaux médicaux, et là, nous avons du moins pu trouver quelques observations éparses ; nous les avons relevées avec soin, jointes à celles que nous publierons dans le cours de ce travail et que nous devons au Dr Dalché, médecin des hôpitaux et au docteur A. Boursier elles nous ont paru suffisantes pour entraîner notre conviction.

Les anciens auteurs rangeaient dans la classe des affections idiopathiques, les métrorrhagies, ménorrhagies, la dysménorrhée, l'aménorrhée, survenant sans lésions appréciables du côté des organes génitaux. Mais avec les progrès de la clinique, ce chapitre des troubles de la menstruation dits idiopathiques est chaque jour de plus en plus élucidé : les métrorrhagies d'origine cardiaque, hépatique, nerveuse, symptomatiques d'un état général entrent dans le domaine scientifique. Nous avons le droit d'espérer

qu'à la longue, la cause vraie de toutes ces métrorrhagies finira pas être connue. De ces causes, l'une des moins fréquentes peut-être, mais des plus curieuses se trouve dans les altérations rénales.

L'idée de ce travail nous a été inspirée par M. le Dr P. Dalché, médecin des Hôpitaux : nous le prions d'agréer l'expression de notre gratitude pour les excellents conseils qu'il nous a donnés, et pour la bienveillance dont il nous a toujours honoré.

Que MM. Rendu, Robin, Reclus acceptent nos remerciements bien sincères, pour l'enseignement que nous avons recueilli auprès d'eux.

Nous devons au Professeur Pinard nos connaissances en obstétrique ; nous avons suivi son service à la Clinique d'accouchements Baudelocque pendant plusieurs mois, nous lui offrons ici l'assurance de notre sincère reconnaissance.

Que M. le Dr Mauclaire, chirurgien des hôpitaux, reçoive l'expression de notre reconnaissance, pour les excellentes leçons qu'il nous a enseignées pendant l'année que nous avons passée auprès de lui, à l'Hôpital Necker.

Le Professeur Le Dentu, dans le service duquel nous avons passé une année, nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui offrons l'hommage de nos sentiments respectueux.

DIVISION DU SUJET

Des divisions sont nécessaires pour la clarté de notre travail : nous considérerons la femme aux différents âges de sa vie génitale :

- 1° A la puberté ;
- 2° Pendant la période d'activité sexuelle ;
- 3° A la ménopause ;
- 4° Après la ménopause ;

Dans chacune de ces périodes, nous étudierons les troubles des organes génitaux dans :

- 1° Les néphrites aiguës et le mal de Bright ;
- 2° Les reins mobiles, ptose rénale seule ou associée à l'entéroptose ;
- 3° Les gravelles et uretéro-pyélo-néphrites.

Il existe des néphrites chroniques à prédominance parenchymateuse et des néphrites chroniques à prédominance interstitielle. C'est à cette dernière forme que l'on attribue le plus grand nombre des hémorrhagies, que l'on explique en faisant, dans l'étiologie de cette variété, une large part à l'artério-sclérose.

Certains auteurs prétendent même que c'est la seule

forme où il est possible d'en rencontrer, et, pour Lécorché, de l'apparition d'une hémorrhagie au cours d'une néphrite, il est permis de conclure à la sclérose. C'est une objection que l'on pourrait nous faire quand nous rapporterons les différentes hémorrhagies dont l'utérus est le siège dans les maladies rénales, et, en effet, il peut arriver qu'une même lésion, l'artério-sclérose envahissant simultanément les deux organes, reins et utérus, produise dans chacun d'eux les désordres qui lui sont propres. Nous en ferons une classe à part.

Pour chaque affection rénale nous indiquerons les troubles qu'elle occasionne spécialement et nous considérerons :

1° Les cas où les organes génitaux demeurent sains.

2° Les cas où ils sont malades, car, là encore, l'influence rénale se fera sentir : elle a pu les produire de toutes pièces, elle les complique et les aggrave, quand, préexistant, ils traduisent une lésion génitale.

Poussant plus loin les divisions, nous pourrions aussi considérer l'utérus à l'état de vacuité et l'utérus gravide : mais, les complications bien connues que les affections rénales peuvent apporter dans la grossesse et l'accouchement ne sauraient trouver place dans le cadre de ce travail.

PUBERTÉ

Il ne nous a pas été donné de rencontrer des faits capables de nous permettre d'affirmer qu'à l'époque de la puberté, les organes génitaux de la jeune fille subissent, par suite d'une affection rénale, des perturbations dans leurs fonctions. Cependant il n'est pas irrationnel de l'admettre, et il est possible qu'une néphrite scarlatineuse, par exemple, donne lieu à des difficultés dans l'installation des règles ; peut-être de nouvelles recherches sur ce point particulier parviendraient-elles à démontrer que de longues périodes d'aménorrhée, survenant après un premier écoulement menstruel et que l'on a quelquefois qualifiées du nom d'idiopathiques, sont, en réalité, sous la dépendance d'une lésion rénale.

VIE GÉNITALE

I. — LES NÉPHRITES

La période que nous avons à considérer ici s'étend de quinze à quarante-cinq ans environ : c'est la vie d'activité sexuelle de la femme ; c'est l'âge où l'on porte le reliquat d'une affection aiguë des reins survenue au cours d'une maladie infectieuse contractée pendant l'enfance ; c'est encore l'âge où les statistiques montrent dans les différentes infections, la plus grande fréquence des complications rénales ; c'est encore l'âge des grossesses, des accouchements avec leur retentissement rénal bien connu.

Les règles ont aussi leur importance comme cause prédisposante à l'envahissement des reins par les microbes et les toxines : à chaque époque menstruelle, la fluxion utérine n'est-elle pas susceptible de se faire sentir jusque sur ces organes qui, périodiquement congestionnés, deviennent un lieu de moindre résistance pour toutes les causes pathogènes ? La lésion rénale constituée, le mécanisme se complique, elle réagit à son tour sur les organes génitaux, produisant sur eux des troubles sérieux

que le clinicien est exposé à ne pas rattacher à leur véritable cause, et la raison en est peut-être dans la prédominance de ces symptômes sur les autres : eux seuls attirent l'attention de la malade, c'est pour eux seuls qu'elle vient consulter et c'est vers eux seuls que se dirigent bien souvent les investigations du médecin. Mais le système génital ne porte pas en lui l'explication de semblables désordres : métrorrhagies idiopathiques, disaient les anciens auteurs qui ne connaissaient pas, hors de l'utérus, les causes de ces accidents utérins.

Nous devons le faire remarquer tout d'abord, dans les néphrites aiguës, néphrites chroniques, mal de Bright, c'est l'aménorrhée qui domine, nous l'avons notée dans toutes nos observations ; cependant elle n'est pas le seul symptôme, elle est précédée de dysménorrhée, d'écoulements sanguins irréguliers et douloureux, elle est suivie quelquefois de véritables épistaxis utérines ; mais qu'on nous laisse tracer une esquisse générale des troubles qui apparaissent avec leur marche habituelle.

Toujours bien réglées, les femmes qui subissent une atteinte de néphrite ou qui entrent dans le brightisme, commencent par ressentir des douleurs localisées dans les régions lombaires, inguinales, fémorales, s'exagérant à l'approche du flux menstruel, diminuant dès que se fait l'éruption sanguine, quelquefois persistant malgré cette éruption qui bientôt d'ailleurs n'aura plus rien de fixe dans ses apparitions ; elle avance quelquefois, elle retarde souvent ; c'est la dysménorrhée douloureuse que nous retrouverons plus accentuée encore dans les gravelles.

Troublé dans sa régularité, l'écoulement sanguin l'est

encore dans sa durée et dans sa quantité : très peu abondant il peut être réduit à l'état de simple perte blanche à peine colorée, il peut même faire complètement défaut, et, pendant plusieurs mois, la malade *ne voit pas*. Nous trouvons, dans l'une des observations que nous publions, un exemple de ces longues périodes d'aménorrhée suivies bien souvent d'une hémorrhagie utérine durant quelques jours, pendant lesquels le sang coule en abondance, mélangé de gros caillots. L'écoulement sanguin peut aussi, tout en étant peu marqué, se prolonger, durer huit ou dix jours, et, plus persistant encore, établir une liaison ininterrompue entre les époques. Il deviendra très inquiétant pour la femme, quand, augmentant d'intensité, il prendra le caractère de ménorrhagie.

Ces pertes prolongées qui viennent à l'époque normale des règles et qui prennent le caractère d'hémorrhagies par leur abondance et leur durée, ces ménorrhagies, en un mot, avaient été signalées par Johnson : il rapporte les différentes hémorrhagies qu'il est possible d'observer dans les maladies des reins et il ajoute : « un autre symptôme analogue est la ménorrhagie ; celle-ci est survenue dans une large mesure chez une de nos malades ».

Ces troubles, dysménorrhée, aménorrhée, ménorrhagie, peuvent apparaître à une période encore peu avancée de la maladie rénale qui les tient sous sa dépendance ; mais à la longue, tout se complique ; la perte utérine à peine arrêtée recommence, venant simuler les règles dans la période intercalaire. Il arrive que la malade se présente alors au médecin dans un état d'anémie et de faiblesse extrême, occasionné par ces pertes abondantes,

véritables métrorrhagies qui mettent rapidement la femme en danger si l'origine en est méconnue ; or, l'examen le plus attentif des organes génitaux ne fait rien découvrir qui soit capable d'expliquer de pareils accidents. Que l'on sorte de la zone génitale et bien souvent les anamnestiques et l'analyse des urines feront découvrir une affection rénale que l'on ne soupçonnait même pas.

Pour bien mettre en évidence la gravité et les caractères de ces hémorrhagies utérines, nous ne saurions mieux faire que de rappeler ici les deux cas cités par Trier.

La première malade fut observée par lui en 1885 ; c'était une femme âgée de quarante-quatre ans qui fut admise à l'hôpital pour une métrorrhagie ayant déterminé un degré d'anémie très prononcé. Elle avait éprouvé des crises de céphalalgie, des vertiges, des nausées, des vomissements, tous symptômes du mal de Bright. Une exploration attentive ne révéla aucune lésion des organes génitaux. Cette malade mourut deux jours après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie fut faite et l'on constata que du côté des organes génitaux, il n'existait aucune lésion autre qu'un épaissement de la tunique moyenne des petites artères de l'utérus ; mais l'on trouva, comme lésion principale, une néphrite chronique avec hypertrophie du ventricule gauche.

Le deuxième cas cité par Trier concerne une malade de trente-six ans qui fut observée par le professeur Reisz en 1873 : elle entra, elle aussi, à l'hôpital pour une métrorrhagie abondante, faiblesse, anémie, etc. L'examen des organes génitaux ne révéla aucune lésion. Comme la

première, elle avait éprouvé quelques symptômes qui faisaient reconnaître, de la façon la plus évidente, un mal de Bright. Neuf jours après son entrée à l'hôpital elle succomba à des manifestations urémiques.

A l'autopsie : néphrite chronique, hypertrophie du ventricule gauche et péricardite récente ; aucune lésion organique de l'utérus qu'un léger épaissement de la tunique musculaire des petites artères.

Voilà donc deux observations dans lesquelles, de la façon la plus évidente, la métrorrhagie était sous la dépendance de la néphrite chronique ; aucune lésion utérine ne fut trouvée ni par le spéculum ni à l'autopsie.

A la fin de ce travail, nous en publierons une autre, encore inédite et que nous devons à l'obligeance du Dr Dalché : mal de Bright indéniable avec métrorrhagie abondante arrêtée par le tamponnement vaginal.

Partout la métrorrhagie, c'est le symptôme alarmant, mais, le plus souvent, on pourrait presque dire toujours, elle est précédée de ménorrhagie, de dysménorrhée, de leucorrhée etc.

On sait combien peut être longue l'évolution du mal de Bright : les atteintes portées aux organes génitaux seront tenaces et répétées, mais, si le tableau général que nous avons tracé s'applique à l'affection rénale à son début et à sa période d'état, il n'en est plus de même de sa période avancée : les fonctions génitales sont dès lors irrémédiablement compromises et c'est l'aménorrhée qui domine : « D'après mon expérience, dit Johnson, à une période avancée de la maladie de Bright, l'aménorrhée est plus fréquente que la ménorrhagie. »

Il est intéressant de savoir comment s'établit l'aménorrhée : elle peut, croyons-nous, survenir brusquement et, chez telle malade le premier trouble génital est la suppression des règles, état d'aménorrhée qui n'est troublé que par quelques écoulements sanguins douloureux, avec expulsion de caillots ; chez telle autre malade, au contraire, c'est la dysménorrhée qui commence, les règles sont d'abord moins abondantes, décolorées, puis ce sont des périodes plus ou moins longues d'aménorrhée qui s'installent graduellement, suivies d'une autre période où la menstruation est à peu près régulière, puis nouvelle suppression de règles, coïncidant, le plus souvent, avec une poussée du côté des reins et, à la longue, dans la période cachectique, c'est, nous le répétons, cet état d'aménorrhée qui domine. L'explication en paraît d'ailleurs assez simple ; en effet, les règles ne sont en quelque sorte que la traduction extérieure de la congestion ovarienne et il y a relation étroite entre le travail vésiculaire et l'écoulement sanguin périodique. La preuve en est dans la cessation du flux menstruel, coïncidant avec l'atrophie des follicules de de Graaf dans la vieillesse. Mais cette atrophie des vésicules de de Graaf peut être le fait non seulement d'un âge avancé mais aussi d'une cachexie ; or, le mal de Bright est une maladie cachectisante et dès lors se trouve bien justifiée la remarque de Johnson.

Nous voulons encore rapporter une observation que nous relevons dans la thèse de Fillieux, 1865, et qui est due à Lancereaux.

« La jeune B..., piqueuse à la machine, entre le 3 mai 1865 à

l'Hôtel-Dieu. Ses règles ont cessé il y a environ deux mois ; à partir de ce moment, œdème des jambes qui s'est peu à peu généralisé. Il y a trois jours elle a été prise subitement, et sans cause connue, de pertes sanglantes très abondantes qui ont continué depuis. Urines très albumineuses. Les pertes s'arrêtent promptement sous l'influence d'un traitement approprié et la malade sort parfaitement guérie, sauf qu'elle reste albuminurique. »

En résumé, période d'aménorrhée suivie d'une épistaxis utérine très abondante, néphrite.

Les faits que nous décrivons étaient alors peu connus, et bien explicable est l'embarras de l'auteur qui, pour en faire de l'albuminurie gravidique, est forcé d'émettre l'hypothèse d'un avortement que rien cependant ne confirme. Nous n'hésitons pas à voir ici un rapport de cause à effet, et à faire de l'hémorrhagie utérine la conséquence de la néphrite.

Pour terminer ce chapitre, nous rappellerons ce que nous avons déjà dit en établissant le plan de notre travail, à savoir que les lésions rénales peuvent créer des troubles du côté des organes génitaux, mais que leur rôle peut aussi se borner à les compliquer et les aggraver. Il est logique d'admettre que l'on puisse acquérir, par l'interrogatoire de la femme, la notion évidente d'une affection génitale ancienne, métrite, salpingite, ovarite, etc. Bien antérieure à l'affection rénale, elle sommeillait depuis de longues années, elle paraissait bien éteinte quand éclate la néphrite ou le mal de Bright ; dès lors, nouveaux accidents, réveil de l'ancienne lésion. D'autre part, les

deux affections peuvent évoluer côte à côte ; il n'y a pas ici réveil, mais il y aura aggravation, l'influence se faisant sentir du rein sur les organes génitaux. Est-il besoin d'entrer dans de plus longs détails et ne comprend-on pas qu'une légère métrite hémorrhagique, par exemple, pourra donner lieu à une exagération considérable de l'écoulement sanguin, et qu'une simple hyperhémie des annexes se transformera en une congestion intense ?

C'est dans les cas de ce genre que, le plus souvent, le rôle du rein dans les accidents observés sera méconnu : les lésions constatées par l'examen des organes génitaux attireront sur elles toute l'attention : or, le traitement qui s'adressera à elles seules sera toujours insuffisant, car la seule thérapeutique rationnelle sera celle qui, éclairée par le bon diagnostic, s'attaquera à l'affection rénale.

Ainsi, pour résumer ce chapitre, nous dirons qu'il semble bien que l'on doive admettre chez les femmes atteintes de néphrite aiguë ou chronique, l'existence de troubles génitaux assez variés :

1° Hémorrhagies utérines : ménorrhagies c'est-à-dire des pertes coïncidant avec l'époque menstruelle, mais d'une abondance et d'une durée anormales, ou bien des métrorrhagies, pertes souvent effrayantes, venant à des intervalles irréguliers, en dehors des périodes menstruelles.

2° Dysménorrhée : les règles peuvent être avancées ou retardées ; elles sont précédées ou suivies de phénomènes douloureux. Quelquefois elles sont remplacées par un écoulement blanc qui revient périodiquement, ou bien il y

a écoulement d'un sang pâle mélangé à du liquide leucorrhéique.

3° A une période avancée de la maladie, et d'une façon presque constante, il y a suppression complète des règles. Aménorrhée.

II. — REIN MOBILE.

Nous rentrons maintenant dans un domaine mieux connu et depuis longtemps la concomitance des troubles génitaux et des déplacements des reins ont été signalés. Mais n'y a-t-il là qu'une simple coïncidence? Pour le plus grand nombre des auteurs, les troubles génitaux sont antérieurs; presque partout ils sont notés au chapitre étiologique des ectopies rénales. Quelques cliniciens, dans l'obligation de reconnaître la préexistence des déplacements du rein et les troubles génitaux consécutifs, font de ces derniers, la conséquence d'un intermédiaire, le système nerveux, ébranlé par l'affection rénale et retentissant à son tour sur l'utérus et les annexes.

C'est ainsi que s'expliquait l'enchaînement des faits dans ces deux affections coexistantes : lésion génitale d'abord, déplacement rénal consécutif. Mais, en 1892, au Congrès de gynécologie et d'obstétrique, le professeur Thiriar de Bruxelles, attira l'attention sur l'influence de la luxation rénale comme cause directe de certains troubles génitaux. Thiriar avait alors observé 11 cas de reins mobiles chez la femme; toutes ces malades présentaient

quelques troubles utérins : chez 7 d'entre elles, l'attention des médecins et des chirurgiens consultés avait toujours été attirée vers les troubles génitaux, la lésion rénale passant complètement inaperçue, à tel point que 5 de ces malades avaient déjà subi différents traitements, outre le curettage : chez la sixième on avait pratiqué l'ablation des annexes et de l'utérus ; le même sort était réservé à la septième, une laparotomie était décidée chez elle.

Thiriar pratiqua la néphropexie chez 10 de ces femmes et le résultat obtenu fut le suivant : 6 guérisons complètes, 3 guérisons après curettage complémentaire, la dixième enfin, celle qui avait subi la castration et l'hystérectomie, retira de l'opération un grand soulagement et une grande diminution des souffrances.

Nous pourrions citer de nombreuses observations semblables, où il a suffi de remettre le rein en place pour faire cesser immédiatement tous les désordres génitaux. N'est-ce pas là une raison bien suffisante pour nous permettre d'affirmer que l'ectopie était la cause qui produisait les troubles de l'appareil utéro-ovarien ? D'ailleurs, s'il est encore besoin d'une nouvelle preuve, l'interrogatoire de la malade sur ce point particulier, autorisera à accorder souvent la priorité chronologique à l'affection rénale.

Si ces faits ont été longtemps méconnus, la raison doit certainement en être cherchée en ce que, autrefois, on savait moins bien explorer la région lombaire et reconnaître un rein flottant. En effet, les principes qui doivent présider à l'exploration de cet organe ne sont bien connus que depuis que les affections des reins sont entrées dans le domaine chirurgical ; c'est le professeur Guyon qui les

a énoncés et qui a fait connaître un mode d'exploration que nous n'avons pas à décrire ici et qu'il a nommé « ballottement rénal ».

Qu'on se livre à cette exploration, qu'on recherche ce ballottement rénal, et, bien souvent, on reconnaîtra que le rein est déplacé; on sait, en effet, combien est fréquente cette affection chez la femme. Nous ne voulons pas rapporter ici toutes les statistiques qui ont été faites, nous rappelons seulement que Godard Danhieux et Werhoogen de Bruxelles, l'ont trouvé chez la femme, dans les proportions énormes de 46 pour 100. Citons aussi la statistique de Thiriar : pour lui, l'ectopie rénale existe au moins dans 20 pour 100 des cas d'affections du système génital de la femme; pour Pichevin, dans 15 pour 100 des cas. Nous ne voulons pas non plus relever toutes les causes invoquées dans la pathogénie de la ptose rénale, mais nous ferons remarquer que le plus souvent, presque toujours, elle relève d'un accouchement, et, de ce fait, nous concluons que les troubles génitaux qui lui sont dûs, occupent une grande place dans la vie génitale de la femme.

C'est pour une affection de la matrice que ces malades viennent consulter le médecin : elles ont eu un ou plusieurs enfants et, depuis leur dernier accouchement, elles sont mal réglées et elles souffrent : en effet, dans presque toutes les observations, l'on trouve notées la dysménorrhée et les douleurs. L'interrogatoire apprend, le plus ordinairement, que l'accouchement a été normal, qu'il n'y a pas eu de fièvre et que la guérison a été prompte, la femme s'est levée trop tôt, elle s'est remise très rapidement à ses occupations, n'éprouvant aucune douleur,

si ce n'est un peu de fatigue, le soir, avec quelque pesanteur dans les reins. Mais, peu à peu, il est survenu des douleurs assez vives localisées dans la région ovarienne, des tiraillements dans la région lombaire, à droite le plus habituellement, car c'est le rein droit qui, presque toujours, est en ectopie. Les souffrances augmentent à l'approche des règles : elles prennent quelquefois une telle intensité qu'elles ont pu conduire le chirurgien à pratiquer la castration et l'hystérectomie ; nous en avons des exemples dans les faits cités par Thiriar.

Mais l'écoulement sanguin lui-même désespère les malades, il est irrégulier, il manque un mois pour ne paraître que le deuxième ou le troisième ; il est peu abondant et ne dure plus ce qu'il durait autrefois ; après vingt-quatre ou quarante-huit heures, il cesse pour faire place aux pertes blanches.

En résumé, dysménorrhée, douleurs lombaires et inguinales, leucorrhée, ce sont là des phénomènes qui sont de nature à attirer l'attention du médecin vers les organes génitaux ; or, ni par le palper bi-manuel, ni par l'examen le plus minutieux il n'est possible de relever une lésion qui puisse expliquer les troubles dont se plaint la malade.

La raison n'en saurait être trouvée dans l'utérus ni dans les annexes, il faut la chercher ailleurs, puisque nous admettons, avec les auteurs modernes, que les expressions anciennes de « idiopathiques » « essentielles » doivent tendre à disparaître, car elles caractérisaient des affections dont on n'avait pas su reconnaître la cause.

Il suffira, dans quelques cas, croyons-nous, de repren-

dre l'interrogatoire pour constater qu'au milieu des douleurs il est survenu des paroxysmes aigus, très pénibles, qu'avaient provoqués des efforts, qu'ils ont été accompagnés de vomissements, de tendance à la syncope et enfin que ces grandes crises étaient calmées par le repos au lit.

Donnés avec cette netteté, ces renseignements éveilleront certainement l'idée d'un rein mobile auquel on pourra attribuer les troubles génitaux; mais, bien souvent, ils seront moins précis; dans ce cas, si l'on a présents à l'esprit les faits que nous rapportons, l'exploration systématique de la région lombaire permettra quelquefois d'y suppléer et fournira cette notion désormais précieuse pour nous, à savoir que le rein est douloureux et qu'il se laisse déplacer.

Ces symptômes qui s'observent chez les « petites multipares » c'est-à-dire chez les femmes qui n'en sont encore qu'à un degré relativement peu avancé dans le « déséquilibre abdominal » chez lesquelles il n'y a que de la néphroptose, ces symptômes, disons-nous, nous les retrouvons, mais bien plus accentués, chez les grandes multipares, chez lesquelles des grossesses souvent répétées ont troublé l'harmonie des rapports des différents organes et ont jeté le désarroi dans leurs fonctions : nous voulons parler de ces femmes chez lesquelles la néphroptose est associée à l'entéroptose, ici les perturbations génitales consisteront encore dans la dysménorrhée et les douleurs, mais nous aurons alors un état fort complexe dans lequel il sera difficile de se retrouver et, en effet, si la malade se plaint d'accidents utérins, elle se plaint

aussi de douleurs stomacales, de troubles intestinaux et, dans cet abdomen déséquilibré, il n'est peut-être pas un seul organe qui puisse accomplir sa fonction d'une façon normale.

Au chapitre des néphrites nous avons signalé les faits où il y avait coexistence d'une affection rénale et d'une maladie utérine et annexielle ; cette dernière naissant en même temps que la première ou préexistant ; nous devons de même pour le rein mobile, signaler les cas où une même cause a produit l'affection rénale et une infection des organes génitaux internes, et dans ce cas, l'ectopie rénale compliquera la lésion génitale. Dans une autre série de faits, elles ont une pathogénie indépendante, la lésion génitale existait quand l'autre est née, et l'on comprend, dans ces circonstances, combien est grande la difficulté du diagnostic : troubles génitaux expliqués par une lésion constatée à l'examen, il n'en faut pas plus quelquefois pour satisfaire le médecin, mais l'éveil lui est donné par l'échec des traitements qu'il dirige vers l'utérus, peut-être aussi par la disproportion entre la cause supposée et l'effet observé, il faut alors rechercher la cause aggravante. Que l'on fasse, de parti pris, l'exploration des reins, et l'on aura quelquefois la satisfaction d'avoir complété son diagnostic et l'avantage de savoir où doit être dirigée l'action thérapeutique.

III. — GRAVELLE

Vers l'âge de trente à trente-cinq ans, encore par conséquent dans cette période que nous appelons la vie génitale de la femme, il peut survenir chez elle une autre affection rénale, la gravelle urique.

Nous devons la considérer dans ses rapports avec les organes génitaux comme nous l'avons fait pour les néphrites et les néphroptoses. C'est une affection qui se traduit par des phénomènes douloureux et qui, par ce caractère, offre de grandes ressemblances avec les maladies des annexes : le siège des douleurs est à peu près le même dans les deux affections, car, si la colique néphrétique se traduit par des irradiations douloureuses vers les régions lombaires, inguinales, et vers les organes génitaux, les souffrances qui résultent de lésions annexielles ou utérines endolorissent les mêmes régions.

Nous ne voulons pas parler des cas où la colique néphrétique éclate franchement avec tous ses symptômes bien caractérisés : petitesse du pouls, pâleur du visage, nausées, vomissements, angoisse, état atrocement douloureux qui dure quelques heures et se termine brusquement. Cette crise disparaissant subitement, sans laisser aucun reliquat, ne saurait avec un peu d'attention, être prise pour une crise douloureuse des annexes. C'est même la constatation de ces crises qui, ordinairement, met sur la voie du diagnostic. Mais il n'en est plus de même des

cas où la lithiasé rénale n'occasionne que des coliques peu douloureuses, formes frustres qui se traduisent par une sensation pénible de gêne et de pesanteur siégeant dans les régions lombaires et inguinales, avec irradiations dans tout le bas-ventre.

Assez excusable et bien compréhensible est, dans ce cas, l'erreur de diagnostic, surtout si l'on considère que la malade, avec la tendance incontestable qu'a la femme de rapporter à son système génital presque tous les phénomènes douloureux qui se passent du côté du bassin, n'a pas manqué d'accuser sa matrice et ses ovaires de tout le mal. La confusion entre les deux affections n'est pas impossible ; elle a certainement été faite, nos observations le prouvent. Cette erreur est très préjudiciable à la malade, puisqu'elle peut faire considérer comme nécessaires des opérations chirurgicales alors qu'elles ne le sont nullement, et qu'il eut suffi, pour procurer la guérison, d'un traitement médical approprié, dicté par une thérapeutique plus éclairée. C'est la raison pour laquelle nous avons tenu à mettre tout d'abord en évidence ce fait, à savoir que quelquefois la gravelle peut simuler une affection annexielle.

Le docteur Bouloumié de Vittel a depuis longtemps attiré l'attention sur de pareils faits.

Pour fournir une confirmation aux quelques propositions que nous venons d'exprimer, qu'il nous soit permis de rapporter l'observation suivante :

Observation I

Gravelle unique et oxalique prise et traitée comme affection ovarienne.

Due à l'obligeance de M. A Boursier.

Madame M., issue de souche arthritique: son père est gouteux, sa mère névropathe, son frère gouteux. Elle-même porte des tophus aux mains et aux pieds, elle est névropathe.

Depuis plusieurs années et surtout depuis deux ans, elle souffre dans le bas-ventre.

Son médecin qui ne la soigne que depuis quelques mois m'écrit: « Madame M... est atteinte depuis plusieurs années, de douleurs généralisées au ventre tout entier, mais siégeant de préférence dans la région des reins et la région ovarienne; les douleurs revenant par crises violentes à intervalles fréquents, mais ne cessant jamais d'une façon complète, accompagnées d'un amaigrissement considérable et de la perte totale de l'appétit, ont été attribuées autrefois à des lésions ovariennes probables.

A la suite d'analyses d'urines nombreuses et répétées, j'ai pu constater, laissant de côté les douleurs ovariennes et leur cause, des symptômes suffisants pour expliquer la détermination que j'ai prise d'envoyer ma malade à Contréxeville. Les urines, de quantité minime, contiennent une quantité d'acide urique et d'urate de soude considérable. Après certaines crises plus violentes et plus prolongées, avec douleurs lombaires plus intenses, j'ai pu constater la présence d'une proportion considérable d'urates acides de sodium dans les urines émises à ce moment ».

Cette malade avait été soignée pendant des années pour

des troubles ovariens : sinapismes, vésicatoires, pointes de feu, repos. Une intervention chirurgicale fut même proposée, mais refusée par la malade.

Les douleurs siégeaient dans le bas-ventre, de chaque côté de l'aîne, sur le trajet des uretères et s'irradiaient en haut du côté des reins et en bas du côté de l'urèthre et de la vessie. Les mictions étaient fréquentes, douloureuses, peu abondantes — 500 grammes en 24 heures. Les urines étaient troubles et laissaient, par le repos, un dépôt constitué par des cristaux d'acide urique, d'oxalate de chaux et des granulations amorphes d'urate de soude.

Les douleurs survenaient par crises et devenaient plus fortes par la marche : sensation de brûlure, d'élancements avec fréquence des mictions.

Les règles étaient régulières, abondantes, d'une durée de 4 à 5 jours. Rien à signaler du côté des ovaires et de l'utérus.

Les reins ne paraissaient pas augmentés de volume, ni mobiles, la pression déterminait de la douleur.

Sous l'influence de la cure de Contréxeville, il y a eu expulsion de sable rouge de nature urique en très grande proportion ; la quantité d'urine a augmenté. La marche qui réveillait des douleurs est devenue possible. Madame M. a pu marcher plusieurs heures dans la journée, faire des courses en voiture, sans avoir d'exacerbation des douleurs. La cure a confirmé le diagnostic posé en dernier lieu et a amené une grande amélioration locale et générale de la santé.

Voilà donc des cas où la lithiase rénale a pu faire croire à une lésion annexielle qui n'existait pas, mais il en est d'autres, plus intéressants à notre avis, dans lesquels cette

même affection joue un rôle actif, en exagérant des phénomènes dûs à des lésions génitales réelles, constatées par l'examen; il s'agit de ces cas, encore, il est vrai, peu connus, mais cependant déjà signalés par Bouloumié, où la gravelle urique vient compliquer une affection douloureuse des annexes.

La femme souffre dans les régions inguinales, dans la région lombo-sacrée, dans les cuisses, dans le petit bassin, et tous les symptômes s'exagèrent avant ou après les règles : il n'en faut pas plus pour faire pratiquer l'examen génital, et l'on trouve alors les ovaires douloureux à la pression, sensibles à la palpation et certainement congestionnés; il y a bien là un état capable d'expliquer certains phénomènes douloureux que la malade ressent depuis bien longtemps et dont elle fait quelquefois remonter le début à une ancienne salpingite, mais, ce qui reste inexplicable, c'est la disproportion qui existe entre une lésion réelle mais peu accentuée et les manifestations qu'elle semble déterminer. Trop souvent, peut-être, invoque-t-on l'état nerveux de la malade : nous sommes persuadé de la grande fréquence de cet état chez ces malades, mais notre conviction est aussi qu'il faut quelquefois chercher ailleurs les causes d'une pareille disproportion et qu'il sera possible de les rencontrer dans la gravelle urique coexistante.

Il suffira souvent d'être prévenu de l'existence de pareils faits pour les pouvoir déceler.

Cette connaissance une fois acquise conduira à instituer le seul traitement qui puisse convenir, le traitement

médical qui s'adresse à la cause et permettra d'exclure le traitement chirurgical.

Ce sont, dans les cas qui nous occupent actuellement, des femmes encore jeunes, de souche arthritique : père gouteux, frères et sœurs sujets à des coliques néphrétiques ou hépatiques, mère rhumatisante, elles-mêmes migraineuses ou rhumatisantes, etc. etc. C'est là un premier fait digne de remarque et qui peut, étant connu, attirer l'attention et parfois conduire à examiner les urines : elles sont de densité exagérée, pas de sucre, pas d'albumine, mais au fond du vase qui les contient, on peut constater un dépôt rouge, sablonneux, et le microscope révèle l'existence de gros cristaux d'acide urique.

Voilà la gravelle constatée, et il n'est pas rare que les anamnestiques apportent la notion précise d'une ancienne lésion ovarienne, salpingite guérie depuis longtemps ou n'ayant laissé qu'un reliquat qui passait presque inaperçu jusqu'au jour où s'est installée la gravelle, bien des années après, car c'est une affection beaucoup moins fréquente dans la première partie de la vie génitale de la femme que dans la deuxième, et peut-être moins encore dans celle-ci que plus tard, à la ménopause.

Nous pourrions peut-être classer, dans un troisième groupe, des faits, il est vrai moins fréquents, où la gravelle unique s'installant chez une femme dont les organes génitaux sont indemnes de toute lésion, détermine chez elle de grandes névralgies pelviennes accompagnées d'un certain degré de congestion ovarienne. Il paraît raisonnable de supposer que par suite d'une irritation sou-

vent renouvelée, les annexes subissent des modifications qui se traduisent par de la douleur.

La malade indique des crises antérieures avec douleurs lombaires, rénales, avec nausées, vomissements, tendance à la syncope, tous symptômes qui font reconnaître une crise néphrétique.

Mais d'autres douleurs se sont installées qui n'ont plus le même siège : elles sont maintenant bien localisées dans la région ovarienne et hypogastrique ; la malade indique nettement que ce n'est plus la même chose ; ces douleurs augmentent par la marche, disparaissent par le repos et sont surtout très vives au moment des règles. L'attention du médecin est attirée du côté des annexes, mais l'affection rénale existe : que l'on envoie ces malades à Vittel ou à Contréxeville, sous l'influence de la cure, il y aura expulsion de sable rouge, de nature urique, et, consécutivement, atténuation ou disparition complète des symptômes douloureux du côté des annexes.

De tout cet exposé il ressort que la gravelle urique a pu simuler une lésion annexielle, la compliquer alors qu'elle ne se traduisait que par quelques symptômes sans importance et qu'elle paraissait bénigne, enfin, créer de grandes névralgies pelviennes, et par suite un certain degré de lésions ovariennes.

MÉNOPAUSE

Nous devons considérer maintenant les rapports des affections rénales avec les organes génitaux chez la femme dont les fonctions de reproduction sont sur le point de s'éteindre, période mal définie, sans limites précises, où il s'accomplit chez la femme des phénomènes inverses de ceux qui se sont passés à la puberté. Tout l'organisme est troublé par la disparition de la menstruation, et les organes génitaux, on le conçoit, sont le siège de profondes perturbations qui en diminuent la vitalité et les rendent tout prêts à subir l'influence des affections des autres organes. L'harmonie de leurs fonctions est détruite et le flux menstruel, dans les dernières années de la vie génitale devient irrégulier, il cesse quelques mois, reparaît plus tard, quelquefois insignifiant, quelquefois hémorrhagique il est mélangé à des sécrétions leucorrhéïques, remplacé par des flueurs blanches et finit par faire place à l'aménorrhée.

Parmi les facteurs nombreux qui font que la ménopause apparaît plus ou moins tôt, il faut citer l'état de santé ou de maladie ; or, nous devons nous demander si les affec-

tions rénales dont nous poursuivons l'étude, sont de nature à faire avancer ou retarder le moment de la cessation des règles : il nous est bien difficile de résoudre cette question ; pour cela il nous faudrait faire la part de ce qui revient à l'aménorrhée physiologique et de ce qui revient à l'aménorrhée pathologique que nous avons décrite à une période avancée de la néphrite chronique, et, cependant nous croyons que des ovaires et un utérus altérés chroniquement du fait d'une néphrite, d'un rein mobile, de la gravelle, sont, plus que d'autres, prédisposés à subir rapidement cette déchéance organique qui les conduit à une atrophie partielle et rend impossible le travail vésiculaire.

Examinons les principales affections rénales qui peuvent créer ou aggraver les troubles des organes génitaux de la femme arrivée à l'âge de la ménopause.

I. — NÉPHRITES.

Le tableau que nous avons précédemment tracé des troubles génitaux au cours des affections rénales pendant la vie génitale de la femme, nous permettra de passer assez rapidement sur les mêmes perturbations pendant la ménopause.

Pourtant, à cet âge, il est peut-être plus fréquent que partout ailleurs de voir une néphrite aiguë ou chronique retentir sur les organes de la reproduction et troubler leurs fonctions déjà en voie de disparition ; la diminution de leur vitalité en fait un lieu d'appel. Plus graves aussi

seront les désordres que créera la lésion rénale, et la femme qui entre dans le brightisme à l'âge critique, aura une ménopause plus redoutable qu'elle ne l'aurait eue en l'absence de la néphrite : elle est sous le coup de la dysménorrhée par le fait de son âge et par le fait de ses reins, elle n'a plus aucune chance d'échapper aux pertes sanguines abondantes et prolongées, aux ménorrhagies, aux métrorrhagies.

Il arrive quelquefois que des femmes âgées de 45 ou 50 ans, viennent consulter pour des pertes utérines qui les inquiètent et qui sont graves en réalité. L'âge de ces malades, les irrégularités qu'elles accusent depuis quelques mois, font penser bien souvent que ces désordres sont dûs uniquement à la cessation prochaine des règles, l'examen des organes génitaux internes confirme encore ce diagnostic en restant négatif.

Troubles de la ménopause peut-être, mais il faut expliquer la gravité de l'hémorrhagie par une complication dont le siège est en dehors des organes génitaux. On la trouverait quelquefois, croyons-nous, dans les reins, si on l'y cherchait plus souvent. Il se peut, en effet, qu'une néphrite à laquelle on ne prête pas grande attention soit l'unique cause de cet accident, ou bien, si elle ne le crée pas de toutes pièces, du moins lui donne-t-elle les caractères d'un phénomène grave, justiciable du tamponnement vaginal alors que, dans d'autres circonstances, il aurait pu céder à un traitement génital moins énergique. Il nous suffira de nous reporter à l'observation de Trier, citée plus haut, pour nous rendre compte de la gravité de ces épitaxis utérines.

ARTÉRIO-SCLÉROSE.

Ainsi, les affections rénales qui ont fait qu'une femme, à la période génitale, a eu de la dysménorrhée, des hémorragies utérines, de l'aménorrhée, font aussi, survenant à la ménopause, que les perturbations inhérentes à cette période seront plus profondes. Mais un autre élément entre en jeu, nous voulons parler de l'artério-sclérose qui, à cet âge, envahit presque tous les organes. Un grand nombre d'hémorragies survenant au cours du mal de Bright, sont bien connues et presque tous les auteurs, Johnson entre autres, pour les expliquer, invoquent l'une des trois théories suivantes : 1° Hypertrophie du ventricule gauche ; 2° Altération du sang ; 3° Opacité et fragilité des petits vaisseaux.

Dans sa thèse inaugurale, E. Launois, après avoir rapporté ces différentes interprétations, s'exprime ainsi : « Pour nous, l'altération des vaisseaux est la cause unique à laquelle il faut rattacher la production des hémorragies dans les néphrites. »

Il est incontestable, en effet, que de 40 à 50 ans, la plupart des artères de l'économie subissent des lésions d'endarterite et de périartérite et les artères de l'utérus

ne font pas exception à cette loi commune, l'artérite chronique les envahit comme celles des autres organes, aussi acceptons-nous sans peine que « l'opacité et la fragilité des petits vaisseaux » de l'utérus favorise et entretient les hémorrhagies ; elle explique en partie la gravité de certaines épistaxis utérines qui ne cèdent qu'à des moyens énergiques, que le repos seul ne saurait arrêter, et qui sont bien souvent justiciables du tamponnement.

Dans ce cas, la sclérose est restée cantonnée à l'utérus seul, mais une lésion vasculaire généralisée, l'artério-Sclérose, peut envahir toutes les petites artères de l'économie, se porter simultanément sur plusieurs organes éloignés, comme l'utérus, le cœur, le rein ; dans ce dernier organe prend naissance, sous cette influence, la néphrite interstitielle.

Nous connaissons déjà l'opinion de Lécorché, sur les hémorrhagies qui surviennent au cours d'une néphrite : de l'apparition d'une hémorrhagie il conclut presque sûrement, dit-il, à l'existence de la sclérose et, en effet, c'est à la néphrite interstitielle que les auteurs rapportent presque toutes les hémorrhagies, épistaxis, hémorrhagie cérébrale, méningée, pulmonaire, etc.

Les hémorrhagies utérines, métrorrhagies, ménorrhagies, ont été signalées moins souvent ; elles existent cependant et leur existence est d'ailleurs rationnelle.

Nous voyons, en effet, que l'artério-sclérose est le fait primitif, l'utérus envahi sera tout disposé aux hémorrhagies et tout prêt à subir le contre-coup de l'affection rénale qui contribue pour une large part à faire augmenter la tension vasculaire.

En résumé, l'explication de ces hémorrhagies se trouve dans l'artério-sclérose, mais la lésion rénale relevant de la même cause, manifeste son influence en les compliquant.

II. — REIN MOBILE

Ce que nous avons dit de l'influence du rein mobile sur les troubles des organes génitaux de la femme, pendant la période génitale, convient aussi à la femme arrivée à l'époque de la ménopause, mais nous aurons particulièrement en vue, dans ce chapitre, un type commun à cet âge et qui n'est qu'un degré plus avancé dans le déséquilibre abdominal ; on pourrait dire qu'il s'agit d'un rein mobile compliqué, car, en face du rein flottant simple, il existe un rein flottant compliqué — Tuffier.

La peau flasque, ridée, craquelée, avec de nombreuses vergetures, le ventre facilement dépressible, étalé en bateau quand la malade est dans la position horizontale, tombant quand elle marche, tel est l'aspect caractéristique de ces femmes dont l'abdomen a été distendu par de nombreux accouchements. Les organes qui y sont contenus ont perdu leurs rapports réciproques, la ptose rénale s'y rencontre à tous les degrés et elle n'est qu'un fait isolé au milieu de ce désarroi général : ces malades sont « des déséquilibrées du ventre. » — Monteuis.

De cet effondrement de la ceinture abdominale il résulte des troubles variés qui font de ces femmes, des impotentes. La marche devient pénible, chaque organe est

troublé dans l'accomplissement de ses fonctions. Mais ces malades sont surtout préoccupées par les troubles qui ont pour siège le petit bassin, phénomènes douloureux se passant du côté des ovaires ou de l'utérus et qui font qu'elles viennent consulter un médecin gynécologiste. Les organes génitaux examinés paraissent sains : là encore la cause de ces perturbations est ailleurs ; la ptose rénale, croyons-nous, n'est pas étrangère à leur production, elle joue le rôle « d'épine irritative. » — Legueu.

III. — GRAVELLE.

Dans l'histoire pathologique des reins, les gravelles tiennent une grande place à la période de la ménopause : nous avons vu cette affection s'attaquer à la femme pendant sa vie génitale, mais si elle n'est pas très rare à partir de trente ans, elle est surtout fréquente après quarante ans ; dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, Lancereaux écrit : « Après l'enfance c'est entre 50 et 60 ans et dans la vieillesse, que la gravelle se montre le plus fréquemment ».

Fréquente chez la femme au moment de la ménopause, « beaucoup plus fréquente chez la femme qu'on ne l'a dit et écrit pendant longtemps » (Bouloumié) la gravelle a sur les troubles génitaux, pendant cette période, une influence aussi évidente que celle qu'elle exerce sur ces mêmes organes à l'époque de l'activité sexuelle. Elle n'est pas moins essentielle à connaître, car cette notion

bien établie permet de porter un diagnostic précis, et d'instituer un traitement efficace alors que méconnue, elle entraîne les erreurs dans le diagnostic et les résultats thérapeutiques que l'on peut prévoir.

Rapportons tout d'abord l'observation suivante due au D^r A. Boursier.

Observation II

« Mme D... n'a pas d'antécédents héréditaires. A eu quatre enfants qu'elle a allaités.

Après le dernier allaitement, elle a ressenti des troubles gastriques dont elle a souffert pendant dix ans et qui consistaient en perte d'appétit, douleurs à l'estomac, constipation.

A l'âge de 40 ans, en 1875, elle a eu des douleurs très vives dans le bas-ventre, survenant par accès, s'accompagnant de douleurs dans les reins, de fréquence de la miction, d'urines chargées, peu abondantes. Dans quelques-unes de ces crises apparurent des vomissements.

Ces troubles ont été attribués à la ménopause et soignés par le repos, la révulsion sur le ventre et des injections vaginales.

Ce n'est qu'en 1885 que la véritable nature néphrétique de ces troubles a été connue. La malade a été dirigée sur Vichy, Contrexéville, et a suivi un traitement pour la gravelle. A la suite de ce traitement, il survint une amélioration rapide et jusqu'en 1892 il n'y a eu que 3 ou 4 crises néphrétiques ».

Nous voyons, dans cette observation, que pendant dix ans, les troubles douloureux furent mal interprétés et que, par suite, le traitement génital institué n'apporta aucun soulagement. L'erreur ici et dans la plupart des cas de ce genre, est d'ailleurs bien explicable : en effet, le médecin se trouve en présence d'un état fort complexe résultant de l'association de différents symptômes vagues, peu précis, sans liaison apparente et qui semblent traduire divers états morbides au milieu desquels il n'est pas facile de se retrouver. Aux douleurs dans le bas-ventre, utérines, ovariennes, se joignent des douleurs rénales, lombaires, des douleurs hépatiques, constipation, vomissements, et, par dessus tout cela, un certain état nerveux ; l'âge le permettant, il n'est pas étonnant que l'on classe tous ces désordres sous le nom de troubles de la ménopause. Mais, quelquefois, croyons-nous, et c'est ce que nous avons entrepris de démontrer, un examen plus attentif pourrait faire reconnaître dans les urines de ces malades des caractères propres à déceler l'existence de la gravelle, et nous pensons aussi que nos observations sont capables d'entraîner cette conviction, que la gravelle peut simuler les troubles de la ménopause du côté de l'appareil génital.

M. Dalché doit à M. A. Robin, l'histoire d'une femme âgée de 48 ans, atteinte d'hypersthénie gastrique et de gravelle urique, chez laquelle des douleurs dans les régions lombaires et hypogastriques conduisirent à plusieurs reprises à examiner les organes génitaux, qui furent toujours trouvés sains. Le traitement de la gravelle urique amena la guérison ou tout au moins une amélioration considérable.

APRÈS LA MÉNOPAUSE

Une hémorrhagie utérine survenant chez une femme qui a passé l'âge de la ménopause, est toujours l'occasion d'un effroi assez légitime. Cet écoulement sanguin est pour la malade un signe presque certain d'une maladie grave de la matrice, tumeur maligne le plus ordinairement.

Le médecin consulté pour un pareil accident en recherche tout naturellement la cause dans les organes génitaux : bien souvent, il est vrai, l'examen permet d'y découvrir une lésion pathologique suffisante pour expliquer ces métrorrhagies rebelles. Mais n'arrive-t-il pas aussi qu'on ne puisse décèler le moindre état pathologique palpable ? La cause réside en dehors des organes génitaux.

Ces faits sont mieux connus depuis quelques années.

Martin écrit : « Les hémorrhagies utérines surviennent quelquefois chez les phthisiques, assez souvent dans les maladies du cœur, du foie ou des reins. »

Dans les maladies des reins..... nous l'avons vu pendant la période génitale et à la ménopause, cela s'obser-

ve également chez les femmes âgées qui, depuis longtemps, ont vu cesser leurs règles, et il n'y a rien là qui soit irrationnel ; c'est l'âge où les vaisseaux artériels utérins sont envahis par l'athérôme, c'est l'âge de l'artério-sclérose généralisée, de la sclérose du rein, de la néphrite interstitielle.

A la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux (séance du 8 novembre 1892), M. A. Moussous s'exprime ainsi : « Souvent chez les femmes âgées, des hémorrhagies peuvent coïncider avec le début d'une néphrite interstitielle. Je crois avoir entendu dire par M. le Professeur Landouzy qu'on observait souvent, dans ces cas, de véritables épistaxis utérines. »

PATHOGÉNIE

Nous avons constaté la connexité des affections rénales et des affections génitales, mais notre but dans ce travail a été surtout de rapporter des observations cliniques qui jusqu'ici avaient pu passer à peu près inaperçues et qui, cependant, ne sont pas négligeables, car, en médecine, peut-être plus que dans aucune autre science, il faut tenir compte des faits, même si la théorie ne peut pas leur fournir une explication immédiate.

On comprend facilement qu'un rein mobile, cette « tumeur physiologique », puisse avoir son retentissement sur les organes génitaux internes et en effet :

1° Il y a anastomose entre le plexus nerveux ovarique et le plexus rénal ;

2° Il y a des relations très étroites entre la vascularisation des reins et la vascularisation de la zone génitale.

Mais nous sommes plus embarrassé pour expliquer la pathogénie de ces troubles génitaux dans les néphrites et les gravelles.

Accuserons-nous la composition vicieuse du sang qui, moins riche en matériaux albuminoïdes, s'échapperait plus

facilement des vaisseaux ? Telle paraît être la théorie adoptée par Ch. West : « Le sang altéré, appauvri, paraît alors s'échapper avec plus de facilité des vaisseaux de l'utérus ».

Accuserons-nous les altérations vasculaires ?

Il est possible que les poisons et les toxines de l'organisme ne filtrant plus à travers les reins malades, il en résulte une altération du sang et des vaisseaux, deux causes d'hémorrhagie.

N'oublions pas non plus qu'au cours des néphrites, il y a hypertension dans le système artériel.

Mais il nous semble juste de conclure avec M. Rendu que ces hémorrhagies reconnaissent toujours des conditions pathogéniques complexes.

DIAGNOSTIC

Pour arriver à faire le diagnostic étiologique des troubles que nous avons passés en revue, il suffira souvent de penser qu'ils peuvent relever d'une affection rénale.

En présence d'une hémorrhagie utérine, métrorrhagie, ménorrhagie, de dysménorrhée, de leucorrhée, d'aménorrhée survenant à la puberté, pendant la vie génitale, à la ménopause, d'écoulements sanguins apparaissant chez une femme âgée, il sera rationnel d'examiner les organes génitaux, et deux cas alors pourront se présenter :

1° Ils sont sains : la constatation de cette intégrité doit tout naturellement conduire à chercher ailleurs la cause qui n'a pas été trouvée dans l'appareil génital.

L'exploration systématique des reins par le procédé décrit par le professeur Guyon, fera quelquefois reconnaître un rein mobile qui peut occasionner, nous le savons maintenant, de profondes perturbations du côté de l'utérus et des ovaires.

Les anamnestiques et l'examen des urines permettront quelquefois de déceler la gravelle.

Enfin, il faudra toujours avoir présent à l'esprit cette

remarque de Ch. West : « mais on constata que les urines contenaient une forte proportion d'albumine. Ces faits doivent vous faire comprendre combien il est opportun d'examiner les urines même quand aucun symptôme ne peut faire supposer l'existence d'une maladie rénale ».

2° L'intégrité des organes génitaux n'est pas absolue, une lésion existe, mais insuffisante pour expliquer les caractères de ténacité et de gravité de l'accident. D'où vient cette disproportion entre le symptôme observé et la lésion constatée ? Elle est souvent le résultat d'une complication fournie par un organe plus ou moins éloigné : c'est le cœur, le foie, etc. Ce sont quelquefois les affections rénales qui aggravent le phénomène.

PRONOSTIC — TRAITEMENT

Les troubles des organes génitaux de la femme qui surviennent au cours d'une maladie des reins, n'ont d'autre gravité que celle d'un phénomène qui se reproduira incessamment jusqu'à ce que soit traitée l'affection causale et qui pourra, par conséquent, déterminer chez la malade, au cas d'hémorrhagie, un état d'anémie très prononcé.

Au point de vue thérapeutique nous trouvons deux indications à remplir: d'abord un traitement local, immédiat, arrêter l'hémorrhagie par les moyens hémostatiques habituels: injections vaginales chaudes 48°, lavements d'eau chaude: tamponnement, tout cela aidé d'une injection hypodermique d'ergotine, du repos complet au lit, le siège élevé. Il est un traitement récent et qui a donné déjà d'excellents résultats malgré quelques inconvénients signalés par le Dr Dalché, nous voulons parler du sérum gélatiné, employé en injections, et en pansements locaux: chlorure de sodium 7 grammes, eau distillée 1 litre, gélatine 5-10 pour 100.

Mais ce n'est là qu'un traitement palliatif, destiné à

parer à un danger immédiat et qui devra être suivi et complété par le traitement de l'affection causale, ici la maladie rénale. Sous l'influence de ce traitement étiologique : régime lacté ; fixation du rein, cure de Vittel ou Contréxeville, etc, etc., les troubles génitaux disparaîtront ou s'amélioreront d'une façon très sensible et la menstruation redeviendra normale.

Observation III

Mal de Bright. Métrorrhagie abondante arrêtée par le tamponnement vaginal.

(Inédite, due à l'obligeance de M. Dalché).

Marie G..., 39 ans, ménagère, entre à la Pitié salle Valleix, n° 19, le 20 juillet 1897.

A eu la scarlatine il y a 14 ans : depuis cette époque, elle n'a jamais recouvré la bonne santé dont elle jouissait auparavant. mais, c'est surtout depuis 3 ans qu'elle se sent, dit-elle, très malade.

En janvier 1897 elle a dû garder le lit pendant sept semaines pour une bronchite.

Le 12 mars 1897. — Elle entre à Lariboisière, elle a de l'œdème des membres inférieurs, urine peu, ressent des douleurs dans les reins, a des maux de tête, saigne fréquemment du nez.

Elle est soignée pendant trois mois, et, en quittant l'hôpital, elle se souvient qu'elle avait encore dans l'urine 4 grammes d'albumine par litre.

Le 20 juillet 1897. — Elle entre à la Pitié : elle accuse les mêmes

symptômes : œdème des membres inférieurs, petite quantité d'urine, douleurs de reins, mais les maux de tête sont intenses. elle a de la diarrhée. Ses urines contiennent une forte proportion d'albumine. Douleurs au niveau des articulations qui sont rouges et gonflées.

Examen du cœur : Rien d'anormal, pas de bruit de galop.

Foie : Déborde un peu les fausses côtes.

Poumons : Signes de sclérose et d'emphysème pulmonaire.

Histoire de la menstruation : Réglée à 15 ans, mariée à 25 ans.

Règles toujours régulières.

Pas de fausse couche, a eu deux enfants et le dernier accouchement a été assez pénible. Les règles redeviennent régulières, très abondantes, coulent pendant 6 jours, douloureuses au moment de leur apparition. Mais depuis 5 mois, c'est-à-dire depuis le mois de janvier, elle n'a pas vu.

Juillet 1897. — A perdu du sang deux fois. On pratique l'examen des organes génitaux : le cul-de-sac latéral droit est profond, le cul-de-sac gauche est effacé, pas de tumeur ovarienne latéro-flexion prononcée.

Le col de l'utérus est œdématié, lèvres déchiquetées, on trouve des bosselures sur ce col qui est sec et qui ne présente rien qui puisse faire croire à une métrite, aucune ulcération, aucune granulation.

Traitement : Régime lacté. Tamponnement vaginal. Sur les articulations douloureuses, applications de : Menthol-Gaïacol-Alcool.

8 août. — Il n'y a plus de diarrhée.

On prescrit deux lavements par jour avec : chlorure de sodium, 5 grammes ; sulfate de soude, 10 grammes ; eau bouillie, 1 litre.

4 septembre 1897. — Les règles apparaissent.

10 septembre 1897. — Les règles coulent abondamment et plus longtemps que d'habitude.

On prescrit une potion à l'ergotine.

11 septembre. — La perte continue, expulsion de caillots.

13 septembre. — Tamponnement vaginal.

15 septembre. — La perte est arrêtée.

21 septembre. — Maux de tête, palpitations.

4 octobre. — Il y a un mois que la malade a eu ses règles, elles ne sont pas encore revenues.

Observation IV

Gravelle prise et traitée comme une affection de la matrice.

Inédite. Due à l'obligeance du D^r A. Boursier.

(Résumée).

Madame A..., est soignée en 1891 par le D^r A. Boursier.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort apoplectique.

Sa mère a les mains déformées.

Antécédents personnels. — Sujette aux migraines. A des poussées d'urticaire.

A 30 ans, Mme A..., a eu la fièvre typhoïde.

Un rhumatisme articulaire généralisé.

A 35 ans, elle ressent des douleurs dans les côtés et dans le bas-ventre. On la soigne pour une maladie de matrice, quand survient une crise néphrétique qui fait connaître la véritable cause des douleurs lombaires et abdominales.

La malade eut dans la suite, des nodosités d'Héberden, de l'urticaire et de l'eczéma.

Observation V

Gravelle prise et traitée comme une affection de la matrice.
Inédite. Due à l'obligeance du Dr A. Boursier.

Madame M....

Antécédents héréditaires. — Sa mère est rhumatisante.

A un oncle qui est atteint de gravelle.

A eu une névralgie faciale pendant son enfance.

Elle a eu plusieurs enfants.

Vers 30 ans, elle a souffert de troubles dyspeptiques, a eu de la constipation, des hémorroïdes.

De 38 à 45 ans, Mme M... a été soignée pour une affection utérine. Elle ressentait des douleurs dans les reins, le bas-ventre, elles étaient exaspérées par la marche. On prescrit le repos, révulsion, cautérisation utérine. On n'obtient aucun soulagement.

A 45 ans, survient une colique néphrétique qui s'accompagne d'expulsion de graviers.

Le traitement de la gravelle est institué et amène une grande amélioration. La marche est possible.

Depuis cette époque, 1885, jusqu'à maintenant, il s'est produit plusieurs crises néphrétiques, et on peut constater actuellement de la goutte dans les petites articulations des doigts.

Observation VI

Gravelle prise et traitée comme une affection de la matrice.
Inédite. Due à l'obligeance du Dr A. Boursier.

Madame C..., a été vue en 1897 par M. A. Boursier.

Sa mère est obèse, elle-même est rhumatisante et obèse. Depuis 7 ou 8 ans, elle ressent des douleurs dans les reins et dans le bas-ventre, sur le trajet de l'aîne. On pense à une affection utérine et on la soigne dans ce sens, mais le traitement n'amène aucune modification.

La miction est peu abondante, douloureuse à la fin, les urines sont très concentrées et laissent déposer du sable rouge, urique en grande quantité.

Le traitement de la gravelle amène une très grande amélioration.

Diminution des douleurs rénales, urétérales et vésicales. La miction devient plus abondante, non douloureuse, il y a expulsion de sable.

Observation VII

Gravelle simulant une affection annexielle douloureuse.
Due à M. Bouloumié de Vittel.

« Mme X..., 25 ans, père goutteux, mère rhumatisante, est devenue obèse depuis quelques mois. Menstruation régulière,

mais précédée de douleurs. Cinq ans et demi avant son arrivée à Vittel elle a eu un accouchement laborieux.

Depuis 4 mois elle éprouve des douleurs fréquentes dans le bas-ventre et les reins, les douleurs reviennent parfois par crises auxquelles succèdent des douleurs rémittentes avec irradiations vers les aînes. Quinze jours avant son arrivée, il y a eu une crise de 8 jours avec exacerbation des douleurs au moindre mouvement.

Un chirurgien distingué, bien connu, constatant un léger engorgement des annexes en propose l'ablation. MM. Tillaux, Tarnier, Guéniot, consultés, la désapprouvent. M. Budin la désapprouve aussi et appelle l'attention de la malade et de son médecin sur l'état des urines. On constate à peu près aussitôt de la gravelle urique, et c'est pour ce motif que la malade m'est adressée à Vittel.

Je constate un abaissement du rein droit qui est sensible à la palpation et paraît un peu développé; et m'en rapportant absolument aux constatations faites par le Dr Budin qui n'avait rien trouvé à l'utérus ou aux annexes et à son diagnostic que confirme l'analyse des urines, je ne pratique pas d'examen de l'appareil génital.

Au cours de la cure, des sables abondants d'acide urique sont rendus, la marche devient possible d'abord, puis progressivement de plus en plus facile, sans douleurs.

Les douleurs de reins et des aînes disparaissent progressivement, et, vers la fin de la cure, les règles surviennent sans douleurs.

L'année suivante, j'apprends que la malade a eu en janvier, pendant trois semaines, des douleurs dans le rein et l'aîne

gauches, avec notable concentration des urines : elles ont cédé à l'emploi de l'eau de Vittel, etc.

Depuis comme avant, Mme X..., s'est très bien portée sauf qu'elle a encore quelques douleurs dans les articulations des deux pieds, revenues à la suite d'une entorse du pied droit.

Après 4 ans je l'ai revue, il ne s'était plus manifesté de douleurs néphro-abdominales, mais des accidents d'asthme, des poussées de manifestations broncho-pulmonaires nettement arthritiques ».

Observation VIII

Gravelle simulant une affection annexielle douloureuse.

Due à M. Bouloumié de Vittel.

Mme X..., 34 ans : frère et sœur atteints l'une de coliques néphrétiques, l'autre de lithiase biliaire.

Menstruation régulière, peu abondante. Deux enfants âgés l'un de 7 ans, l'autre de 5 ans.

Santé très bonne jusqu'au dernier accouchement, il y a 5 ans. Quelques jours après, émotions violentes et fatigues excessives, vu l'état. Neurasthénie consécutive (Incertitude dans la marche et la station, agoraphobie, douleurs à la nuque et à la région lombo-sacrée, dans les cuisses et le bas-ventre, symptômes s'exagérant avant et après les règles. Constipation depuis deux ans. Véritables crises survenant à intervalles de 8-15-30 jours avec malaise, douleurs épigastriques et gastro-hépatiques, vomissements bilieux, état névropathique, douleurs dans le bas-ventre. Urines brunes.

Urines habituellement de densité exagérée (1030 environ) avec gros cristaux d'acide urique.

Un de nos grands chirurgiens gynécologues consulté, propose l'ablation des ovaires qu'il ne trouve pas absolument normaux. Un autre chirurgien gynécologue la déconseille formellement. Dès lors, en raison de la densité exagérée des urines et de l'existence de la gravelle urique, la malade se rend à Vittel où je constate des symptômes très nets de gravelle urique. Urines, densité : 1030 à 1040.

Dépôt rouge sablonneux, pas de sucre, pas d'albumine; excès notable d'acide urique en solution, gros cristaux nombreux d'acide urique et quelques oxalates.

Pendant 4 à 5 jours, sables très abondants, bien-être relatif, selles spontanées et faciles.

Peu après, quelques douleurs gastro-hépatiques qualifiées par la malade, de crampes d'estomac suivies d'expulsion de calculs biliaires et gros sables d'acide urique abondants à peu près tous les jours. Après 12 à 15 jours, appétit bon, digestions bonnes, selles faciles, deux par jour. Densité urinaire revenue à la normale. Douleurs très diminuées. Etat général très notablement meilleur. Une menstruation a lieu sans crise douloureuse ni exacerbaton des symptômes neurasthéniques.

Il y a une amélioration très réelle que j'estime devoir être progressive, en raison des résultats immédiats de la cure, aussi bien que de la nature des accidents ».

CONCLUSIONS

1° Les affections des reins, comme celles du cœur et du foie, exercent une influence manifeste sur les fonctions des organes génitaux de la femme.

Ces troubles sont peut-être assez rares, mais leur existence n'est pas douteuse.

2° Malgré les divergences des interprétations pathogéniques, il est incontestable qu'au cours d'une néphrite aiguë ou chronique, l'on peut observer du côté des organes génitaux de la femme, des perturbations qui sont en rapport avec l'âge de la malade : irrégularités menstruelles, leucorrhée, ménorrhagies, métrorrhagies, aménorrhée. Retour d'un flux sanguin hémorrhagique après la cessation des règles chez une femme âgée.

3° Les affections de l'appareil génital de la femme sont rangées par presque tous les auteurs, parmi les causes de l'ectopie rénale ; nous croyons que dans certains cas où il y a coexistence d'un déplacement rénal et de troubles génitaux, il faut renverser la proposition et accorder au rein mobile un rôle important dans la genèse de ces perturbations.

4° La gravelle, affection caractérisée par des symptômes essentiellement douloureux, comme les maladies du système utéro-ovarien peut simuler ces dernières ou les compliquer.

5° Quand il y a coexistence d'une affection des reins et d'une affection génitale, la première complique la seconde et la fait considérer comme grave.

6° Le diagnostic sera facile si l'on songe que des troubles survenant dans des organes génitaux sains, sont quelquefois sous la dépendance d'une lésion rénale. De cette constatation, découlent les indications thérapeutiques : traitement local, traitement de l'affection causale.

Vu par le président de la thèse
A. LE DENTU.

Vu par le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Bulletins de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux. Novembre 1892.

CH. WEST. — Leçons sur les maladies des femmes. Traduit par Mauriac.

ARAN. — Leçons sur les maladies de l'utérus et de ses annexes.

TRIER. — Métrorrhagie d'origine brightique. Revue générale de Clinique et de Thérapeutique, 1887.

MARTIN. — Traité des maladies des femmes. Traduit par Varnier, 1889.

THIRIAR. — Des troubles de l'appareil génital consécutifs au rein mobile. Mercredi médical, 1892.

COURTY. — Traité des maladies de l'utérus.

FILLIOUX. — Hémorrhagies dans les maladies des reins. Thèse de Paris, 1863.

RENDU. — Thèse d'agrégation, 1873.

WALCH. — Rein mobile. Thèse Paris, 1896.

BOULOUMIÉ. — Annales d'Hydrologie, 1896.

JOHNSON. — Lectures on Bright's diseases, 1873.

PICHEVIN. — Les fausses utérines. Semaine gynécologique, 1897.

